

Evaluation du projet d'appui au développement intégré de la santé orale, prévention et contrôle des infections au Laos et à Madagascar

SYNTHESE - EVALUATION DE LA PHASE 3, VOLET PCI

Consultantes :

- Fanny Velardo (médecin de santé publique),
- Anaïs Essilini (chercheuse en santé publique),
- Charlotte Decroix (chercheuse en santé publique)

Contact : anaisessilini@rcsi.com

Introduction et objectifs de l'évaluation

Les programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI) visent à réduire les infections associées aux soins (IAS), diminuant ainsi la morbidité et la mortalité. Les précautions standard (ex : le lavage des mains, la gestion du linge ou des déchets ou le traitement de l'instrumentation) constituent des mesures essentielles pour prévenir les IAS en limitant la transmission des micro-organismes et les risques d'infection. Une mise en œuvre efficace de ces précautions nécessite de repenser son fonctionnement organisationnel, chacun de ces éléments constituant un système autour duquel les activités de soins peuvent s'organiser. La PCI doit être pensée comme une démarche globale avec de multiples composantes telles que la gestion des activités, l'organisation des pratiques professionnelles, la rénovation des infrastructures, la formation professionnelle et la supervision des activités. Dans cette perspective, l'Aide Odontologique Internationale (AOI) intervient en tant qu'appui-conseil depuis plus de 15 ans en appui aux programmes nationaux et sur demande motivée des instances pour renforcer les systèmes de santé fragilisés et promouvoir le respect des précautions standard à tous les niveaux du système de santé. Le projet d'appui au développement intégré de la santé orale, prévention et contrôle des infections au Laos et à Madagascar vise à améliorer la santé générale de la population au Laos et à Madagascar. Il s'articule autour de trois objectifs spécifiques : le premier est d'améliorer le programme intégré de promotion de la santé, le second d'améliorer la PCI et le troisième de renforcer la capacité d'associations professionnelles. L'objectif de l'évaluation était d'analyser comment le projet d'appui à la prévention et contrôle des infections a permis d'améliorer les pratiques quotidiennes dans les hôpitaux de district au Laos et dans les CSB (Centre de Santé de Base) et CHRD (Centre Hospitalier Régional de District) à Madagascar.

Méthode

Une méthodologie qualitative en deux étapes a été adoptée : une phase exploratoire (juin - août 2024) et une étude de cas multiples au Laos et à Madagascar (septembre 2024). La phase exploratoire s'est articulée autour de douze entretiens semi-directifs avec les membres de l'AOI (équipe salariée au siège, au Laos et à Madagascar, conseil d'administration) et une étude des documents fournis par l'AOI. L'enjeu était de comprendre les conditions dans lesquelles le programme PCI a été déployé, les freins et leviers à sa mise en œuvre et les conditions de pérennisation.

Au Laos et à Madagascar, ont été réalisés : (i) des entrevues avec les parties prenantes au niveau national (représentant(e)s des autorités sanitaires et organisations de la société civile) ; (ii) des études de cas dans les établissements de santé appuyés (trois hôpitaux de districts au Laos, un CHRD et trois CSB à Madagascar). Les études de cas ont été organisées en partenariat avec l'AOI. Pour chaque cas, des observations et des entrevues avec les différentes parties prenantes ont été réalisées (personnel de direction/gestion de l'établissement, professionnel(le)s de santé, personnel d'appui ainsi que des patient(e)s au Laos). Au Laos, deux études de cas approfondies ont été réalisées avec seize entretiens semi-directifs suivis d'ateliers avec 6-7 professionnel(le)s. L'objectif était d'explorer le vécu du projet, d'explicitier les éléments favorables ou non à la mise en place d'une démarche d'amélioration de la PCI, d'identifier comment chaque établissement a structuré le projet, de décrire les étapes de mise en œuvre et d'identifier les éléments ayant contribué au maintien des résultats dans le temps.

Le traitement et l'analyse des données ont été les suivants :

Données	Traitement et analyse des données
Entretiens semi-directifs	Après obtention de l'accord oral des participant(e)s, ils ont été enregistrés, retranscrits, traduits en anglais, analysés thématiquement.
Entrevues et ateliers avec les professionnel(le)s	Chaque échange a fait l'objet de notes détaillées analysées de manière thématique. Les entrevues et ateliers étaient en lao, malgache, anglais ou français, suivant les interlocuteur(rices)s. Les échanges en lao ou malgache étaient traduits en direct par une traductrice présente.
Observations	Une grille d'analyse préétablie a été utilisée.

Résultats - Laos

Face aux défis auxquels doivent faire face les hôpitaux en matière d'hygiène, le ministère de la Santé lao a élaboré en 2013 une stratégie nationale pour toutes les structures de santé. Malgré l'adoption d'un plan national en 2016, des difficultés ont persisté à l'application de ces stratégies dans les hôpitaux (ex : respect des précautions standard, disponibilité et traitement du matériel médical, formation du personnel). Depuis 2017, l'AOI, sur demande du ministère de la Santé lao, a appuyé le déploiement et l'application de ce plan national dans 5 hôpitaux pilotes.

L'objectif de l'AOI était d'accompagner les hôpitaux de districts à mettre en place une stratégie pour améliorer la PCI qu'ils soient en mesure de porter eux-mêmes et dont les améliorations soient pérennes. Le projet, codéveloppé avec les différents partenaires, avait pour but une intégration de la PCI de manière transversale au fonctionnement de l'hôpital. Nous avons pu constater, au travers de changements d'infrastructures, d'organisations et de pratiques, une amélioration importante de la PCI dans les 3 hôpitaux pilotes après l'initiation du projet. Malgré des questions budgétaires et de ressources humaines à résoudre, le fonctionnement en système, l'appui technique et le suivi de l'AOI a permis de lever les freins que rencontre d'autres projets (ex : peu de résultats avec un appui sans suivi ou une formation non applicable dans le quotidien) et d'être optimiste sur la pérennisation des résultats obtenus dans chaque hôpital.

La mise en place des systèmes et des circuits a permis de structurer et d'organiser la PCI au sein des hôpitaux. Tou(te)s s'accordaient sur l'impact de centralisation de certaines activités de la PCI telle que, la plus saluée, la stérilisation centrale. Ce service a été considéré comme essentiel à la réalisation de pratiques de soins répondant à des normes de sécurité et de sûreté internationales. Pourtant, ce service a fait émerger de nouvelles difficultés pour les hôpitaux. Dans les trois hôpitaux, le fonctionnement de la stérilisation centrale reposait sur une ou deux personnes formées qui lorsqu'elles étaient absentes entraînait souvent un fonctionnement dégradé du système et une tension sur les autres professionnel(le)s. En effet, en leur absence, elles étaient généralement relayées par d'autres professionnel(le)s, plus ou moins formé(e)s, qui tentaient de cumuler la stérilisation et leurs tâches habituelles.

Partagé par tou(te)s nos interlocuteur(rice)s, une amélioration de l'environnement, de la propreté, de l'hygiène et des pratiques, connaissances et compétences des professionnel(le)s a été constatée. Ces résultats ont été confirmés lors de nos observations. La direction de l'hôpital, le comité PCI et le suivi de l'AOI ont joué un rôle important dans l'obtention de ces résultats. La

mise en œuvre progressive des changements a favorisé l'implication et la motivation des professionnel(le)s. Perçue comme un élément clé du projet, la mise en œuvre étape par étape en cohérence avec l'évolution des connaissances et des compétences des professionnel(le)s a permis de consolider leurs acquis et de poser les bases de la pérennité des changements tout en assurant leur appropriation collective.

Outre une amélioration des pratiques, des changements de perception de la PCI et de paradigme de pensée ont été observés chez les professionnel(le)s. Avec la centralisation des activités de PCI, nous avons pu constater que la PCI n'était plus considérée uniquement sous le prisme du nettoyage et de la propreté, mais comme étant transversale aux activités de l'hôpital et faisant partie intégrante des pratiques de soins au quotidien. De plus, les participant(e)s ont décrit un développement de la créativité et de la planification à la suite du projet. Initialement, le projet visait à apporter des solutions techniques viables au contexte lao. Au moment de l'évaluation, les professionnel(le)s des hôpitaux témoignaient de leur capacité à trouver des solutions aux problèmes qu'ils identifiaient. Cela s'illustre notamment dans l'accompagnement pour l'amélioration de la PCI dans les centres de santé dont ils ont la responsabilité, mais aussi dans leur capacité à guider d'autres hôpitaux intéressés par la démarche. Il est cependant nécessaire de continuer à accompagner les professionnel(le)s des hôpitaux de district appuyés, puisque des améliorations sont encore nécessaires, que cela concerne les pratiques (ex. : lavage des mains, nettoyage, gestion des accidents d'exposition au sang) ou la gestion de l'hôpital (ex. : manque d'EPI dans certains hôpitaux).

Un constat observé, qui s'est avéré être un prérequis essentiel aux changements et aux résultats obtenus, est la relation de confiance entre l'AOI et les hôpitaux. Si certain(e)s n'étaient pas sûrs au début du projet, la méthodologie de l'AOI de prendre du temps dans les étapes de diagnostic et de mise en place pour s'assurer de la compréhension et de l'appropriation du projet par les hôpitaux leur a permis de consolider leur partenariat et développer cette relation de confiance mutuelle qui a été bénéfique au projet tout du long. Du côté de l'AOI, les membres rencontrés ont souligné l'importante motivation et l'implication des professionnel(le)s et des directions des hôpitaux pilotes. Cela s'illustre notamment par le financement, au-delà du financement des consommables nécessaires au fonctionnement de la PCI, de leur stratégie concernant la PCI. En effet, les hôpitaux ont été en mesure de trouver des financements complémentaires, parfois conséquents, pour continuer à développer la PCI (ex : rénovation d'autres salles de l'hôpital). Aucun conflit ou difficulté pour prendre des décisions nous ont été rapporté, ni de la part de l'AOI ni des équipes des hôpitaux.

Une grande fierté concernant les améliorations réalisées a été verbalisée en particulier de la part des hôpitaux. Les participant(e)s exprimaient une fierté de tendre vers des standards internationaux, considérés comme hors de portée avant le début du projet, et d'être reconnu comme des modèles en termes de PCI. Les autorités de santé, institutions internationales et autres organisations de la société civile (OSC) reconnaissent les résultats obtenus dans ces hôpitaux pilotes et les considéraient comme des modèles et des centres formations.

La question de la transférabilité et de la mise à l'échelle de l'appui a été discutée dans les entretiens. Différentes préconisations peuvent être proposées : renforcer le nombre d'expert(e)s

en PCI et l'équipe de formateur(rice)s nationaux dédiée à la PCI, continuer d'encourager la mise en place d'un réseau PCI interhospitalier, analyser les éléments de contexte propres au cadre des hôpitaux pilotes (ex : motivation et dynamique interne à l'hôpital comme prérequis à l'appui, état des infrastructures, accès à l'eau et à l'électricité, accessibilité de l'hôpital), envisager une mise à l'échelle par étape et dans le temps, en s'appuyant sur les différents niveaux de la pyramide sanitaire avec des hôpitaux de districts modèles dans chaque province. Enfin, dans le projet, l'appui et le suivi étaient réalisés par l'AOI. Il serait pertinent de renforcer la collaboration avec d'autres partenaires techniques et financiers (institutions nationales, internationales, ONG) ayant une approche et des projets avec des objectifs cohérents de celui d'appui à l'amélioration de la PCI de l'AOI pour appuyer le ministère afin d'envisager une amélioration de la PCI dans les établissements de santé à plus large échelle.

Résultats - Madagascar

L'AOI travaille à Madagascar depuis plus de 10 ans avec les autorités sanitaires, université, organisations de la société civile (OSC) et sociétés savantes. Le volet PCI de la phase 3 du projet visait à accompagner des structures de santé dans leur volonté d'améliorer la PCI (objet de la présente évaluation) et à accompagner le ministère de la Santé dans l'élaboration et l'application de directives nationales actualisées en PCI.

Dans les établissements de santé soutenus, un appui technique, organisationnel et matériel a été réalisé. Plusieurs étapes ont été définies, s'articulant autour d'un diagnostic initial, de l'appui à la conduite du changement dans la structure (ex : appui à la réhabilitation de la structure, à la mise en place d'un financement par les bénéficiaires, formations), d'un suivi et d'une évaluation formative. Les entretiens ont souligné la responsabilité de chaque formation sanitaire pour trouver son organisation et les moyens pour assurer le surplus d'activités induites par l'amélioration de la PCI (ex : agencement des pièces, organisation de la participation financière des bénéficiaires).

Différents effets perçus, permettant d'améliorer la sécurité des soins, ont été soulignés dans l'évaluation. Il s'agissait notamment : (i) d'une amélioration de la propreté générale de la formation sanitaire, (ii) de la mise en place d'une stérilisation centrale, (iii) des rénovations et d'une réorganisation de l'espace et des circuits, (iv) de la montée en compétence des professionnel(le)s. Un abandon de la désinfection à l'eau de Javel au profit de la stérilisation a été décrit pour la majorité des CSB et par les professionnel(le)s rencontré(e)s. Néanmoins, une utilisation mixte de l'utilisation de l'autoclave et la DHN à l'eau de Javel était encore réalisée dans certaines formations sanitaires. Lorsque la DHN à l'eau de Javel était encore utilisée, le lavage préalable systématique des instruments était décrit comme acquis, témoignant d'un abandon du trempage des instruments à l'eau de Javel directement après leur utilisation. Les principales difficultés soulignées dans l'évaluation étaient : (i) la divergence avec les directives nationales diffusées jusque-là/avec d'autres projets internationaux, (ii) la charge de travail importante des professionnel(le)s, (iii) la quantité insuffisante de sets stérilisés disponibles par rapport au nombre de sets nécessaires, (iv) le turnover et la résistance aux changements chez certain(e)s nouveaux(elles) professionnel(le)s. Un autre axe d'amélioration concernait un manque en termes de protection individuelle de certain(e)s professionnel(le)s d'appui et

l'incinération des déchets, avec la présence d'incinérateurs défaillants dans certaines formations sanitaires.

Plusieurs éléments clés ont été identifiés pour l'initiation, la mise en place du changement et la pérennisation des effets observés. Il s'agissait notamment : (i) du leadership des responsables de la formation sanitaire pour impulser le changement et organiser la PCI pour que tou(te)s les professionnel(le)s s'en saisissent, (ii) de l'appropriation collective de la PCI par les professionnel(le)s de la structure, (iii) de la formation théorique et pratique des professionnel(le)s à la PCI, (iv) de l'existence d'un environnement favorable à l'adoption de bonnes pratiques de PCI (ex : présence de station de lavage de main complète et fonctionnelle, mise en place d'une stérilisation centrale, circuits, affichages des protocoles, revêtement des sols et surfaces pour leur nettoyage), (v) des ressources humaines suffisantes et (vi) de l'existence d'un financement dans le temps de la PCI et d'une bonne gestion budgétaire au niveau des formations sanitaires.

L'appropriation de la PCI par la direction et l'importance de leur rôle de leader ont été mises en avant afin de se projeter dans le temps, de porter la PCI auprès de leurs équipes, de former les nouveaux arrivants, de garantir le financement de la PCI au sein de la formation sanitaire et de maintenir un environnement favorable (accès à l'eau, électricité, maintenance du matériel), malgré des contraintes internes et externes. L'importance de la motivation des professionnel(le)s de santé et d'appui dans les formations sanitaires faisait consensus dans les entretiens et entrevues. Les facteurs influençant la motivation décrits par les professionnel(le)s étaient la prise de conscience du risque lié aux infections, un sentiment de valorisation suite à l'amélioration de leurs pratiques et la perception d'une reconnaissance de l'amélioration de soins par les patient(e)s (amélioration de l'attractivité de l'établissement, confiance des patient(e)s dans la propreté). La piste de la mise en place de récompenses (financières ou certificats) a été évoquée, sans faire consensus.

Dans un contexte où les dotations étatiques ont été décrites comme insuffisantes pour financer les activités de PCI, une participation des bénéficiaires a été instaurée (avec une exemption pour certains actes et publics cibles). Faire payer les bénéficiaires pour l'achat d'autres consommables liés à l'hygiène implique un changement, officialisé par le président du comité de gestion des CSB avant d'être mis en place. Il a été considéré indispensable pour permettre aux CSB d'avoir en continu les consommables nécessaires et de financer du personnel d'appui dans certaines formations sanitaires. Si certaines formations sanitaires déclaraient pouvoir couvrir tous leurs besoins, pour d'autres les difficultés de financement restaient présentes. L'acceptabilité de cette participation par les professionnel(le)s et par les bénéficiaires était considérée comme bonne dans la majorité des entretiens et entrevus. Quatre raisons étaient évoquées : (i) un prix demandé relativement faible ; (ii) des changements perçus par les bénéficiaires avec un CSB/hôpital plus propre, (iii) une explication aux patient(e)s de l'intérêt de ce paiement ; (iv) l'exemption de paiement pour certains publics cibles et la réalisation des soins en cas d'impossibilité de paiement pour favoriser l'accès aux soins.

Actuellement, deux problématiques centrales pour la pérennisation des résultats ont été observées, qui doivent être réglées avant d'envisager une mise à l'échelle. La nécessité de

résoudre ces problématiques est incontournable pour rester en cohérence avec le postulat d'action de l'AOI : un appui-conseil sur une période donnée pour soutenir un changement porté par les partenaires (institutions, établissements de santé...). Premièrement, l'importance du suivi et des évaluations formatives réalisées en binôme par l'AOI et les autorités sanitaires a été soulignée pour différentes raisons : motivation des professionnel(le)s, gestion du turnover y compris des responsables des formations sanitaires, formation, amélioration continue de la PCI. La question du maintien des résultats sans ce suivi régulier et l'appui de l'AOI se pose au regard du contexte (besoin de renforcer la PCI aux différents niveaux de la pyramide et de directive nationale diffusées), perception du suivi réalisé par les CSB (supervision et contrôle). Ainsi, nos observations ont souligné des différences de résultats dans certaines formations sanitaires entre nos observations en 2024 et les résultats des observations antérieures réalisées par l'AOI et les autorités sanitaires. Un besoin de renforcer le suivi en PCI a donc été identifié avec un risque majeur de perte de qualité en cas d'arrêt du suivi. Les CSB et CHRD sont rattachés aux services du district de la santé publique (SDSP). Le potentiel d'appuyer les SDSP pour qu'ils aient un rôle pivot dans l'amélioration de la PCI au niveau des districts (CHRD puis CSB) et le suivi a été mis en avant.

Deuxièmement, le besoin d'avoir un cadre national en PCI et de renforcer le système à tous les niveaux de la pyramide sanitaire a été explicité dans les entretiens avant d'envisager une mise à l'échelle. Madagascar fait partie des pays appuyés par l'OMS pour mettre en place des directives en matière de PCI, en cohérence avec les recommandations internationales. Différentes évolutions ont eu lieu notamment l'élaboration du programme national PCI ou la création de la société savante SMPCI-WASH. Dans cette continuité, des pistes ont été évoquées telles que poursuivre le renforcement des compétences des cadres, diffuser et opérationnaliser la stratégie nationale, continuer à former des expert(e)s en PCI, harmoniser la PCI dans les formations initiales des professionnel(le)s, mettre en place l'application de pratiques de qualité en PCI dans les établissements de santé ainsi qu'un système de suivi et d'évaluation, renforcer les moyens dédiés à la PCI.

Résultats - Genre et environnement

Les problématiques des inégalités de genre et de la crise environnementale ont été progressivement mises à l'agenda politique depuis une quinzaine d'année. Dans l'évaluation, nous nous sommes intéressées à la place de ces problématiques dans le discours des parties prenantes et dans le projet. Les entretiens avec les membres de l'AOI ont mis en avant en quoi ces concepts étaient complexes et pouvaient être définis de nombreuses façons. Le genre y était abordé sous trois angles : (i) la place de la femme dans la société et le pouvoir d'agir des femmes (en général, niveau macroscopique) ; (ii) la place de la femme dans le système santé comme mère-bénéficiaire et comme professionnelle ; (iii) les leviers pour accompagner une prise de conscience collective de l'existence de problématiques de genre. L'environnement était abordé sous l'angle : (i) de la PCI et des infections liées aux soins (notamment la gestion des déchets) dans la majorité des entretiens ; (ii) de la santé humaine, la santé des animaux et la contamination de l'eau dans la moitié des entretiens, faisant le lien avec l'approche « One Health » ; (iii) la biodiversité, la surconsommation, les différentes politiques internationales, la conduite des projets au sein de l'ONG (mobilité, prise en compte de l'environnement dans les

composantes du projet et les choix techniques). Ces entretiens ont souligné le besoin d'avoir une vision partagée de ces problématiques et de leur priorité. Cela doit permettre d'intégrer ces thématiques dans les projets.

Conclusion

Le projet avait pour objectif d'appuyer l'amélioration de la PCI dans les établissements de santé au Laos et à Madagascar, afin de réduire l'écart entre les stratégies nationales/internationales et les pratiques de terrain. Au Laos, le ministère agit dans le champ de la PCI depuis plus de 20 ans. A la demande du ministère, l'enjeu du projet était de rendre applicables les stratégies nationales et d'appuyer la mise en place d'hôpitaux de districts modèles en termes de PCI. Des améliorations de pratiques et des changements de perceptions de la PCI ont été observés chez les professionnel(le)s dans les études de cas. La PCI, auparavant réduite au nettoyage et à la propreté, est maintenant considérée comme faisant partie intégrante des pratiques de soins et transversale aux activités de l'hôpital. Malgré des problématiques de ressources humaines à résoudre, une appropriation collective de la PCI par les professionnel(le)s des hôpitaux et par les directions a été constatée avec une amélioration de l'environnement des hôpitaux. A Madagascar, un appui des CSB et CHRD a été réalisé. Différents effets ont été décrits tels qu'une amélioration de la propreté générale des formations sanitaires, la rénovation et réorganisation de l'espace et des circuits, la mise en place d'une stérilisation centrale ou encore la montée en compétence des professionnel(le)s. Néanmoins, deux principaux freins en termes de pérennité ont été identifiés avec la question centrale du suivi et de l'évaluation dans les CSB appuyés et un besoin de directives nationales harmonisées, actualisées et diffusées.

Les résultats ont suggéré la pertinence du niveau district pour améliorer la PCI. Au Laos, l'amélioration de la PCI dans les hôpitaux de districts a permis qu'ils servent de modèle et de centre de formation pour les autres établissements de santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire. A Madagascar, en cohérence avec l'organisation de la pyramide sanitaire, le potentiel de renforcer le rôle des SDSP pour accompagner les CSB qui en dépendent et pérenniser la démarche a été soulignée.

De plus, l'évaluation souligne qu'il est possible d'améliorer la PCI dans les établissements de santé. Cette amélioration implique un appui important des partenaires, inscrits dans le temps, permettant aux établissements de santé de porter leur projet pour améliorer la PCI. Le projet évalué, comparé aux résultats d'autres projets (ex : projets centrés uniquement sur des formations, dons d'autoclaves) confirment l'intérêt d'une approche globale pour améliorer la PCI. Cette approche nécessite une intégration de la PCI à tous les niveaux du système de santé et des hôpitaux. La prise en compte des problématiques d'inégalités d'accès à la santé liées au genre ainsi que des questions environnementales doit être interrogée et intégrée dans ce cadre.

Finalement, les expériences au Laos et à Madagascar témoignent de l'importance du cadre dans lequel vient s'intégrer les changements de pratiques réalisés pour qu'ils soient pérenne. L'existence d'une politique nationale, de protocole harmonisé, la formation initiale et continue des professionnel(le)s, la synergie entre les autorités sanitaires – universités - institutions internationales – société civile – ONG sont tant de facteurs de réussite pour l'amélioration de la PCI dans le temps.